

Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Marcin Kautsch

Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Adres do korespondencji: Marcin Kautsch, Instytut Zdrowia Publicznego, 31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20, mxkautsc@wp.pl

■ Abstract

Migration of the medical professionals

Migration of the healthcare personnel started long before Poland joined the EU. However, with the accession more and more people, especially doctors, decided to migrate. The main reason for migration was of a financial nature. In recent years the dynamics of this migration slowed down among physicians, but it increased among nurses. Though at the moment migration does not pose a serious problem for the healthcare system in Poland it may be one of the factors which will cause problems in the future. Majority of migrants are relatively young. There is a threat that there will be no replacement for nurses who will retire in the nearest future. State involvement / action is required to sustain the system.

Key words: European Union, healthcare, medical professionals, migration, Poland

Słowa kluczowe: emigracja, ochrona zdrowia, Polska, profesjonaliści medyczni, Unia Europejska

■ Wstęp

Pisząc z pewną przesadą, można stwierdzić, że historia ludzkości to historia migracji. Ludzie od zawsze poszukiwali nowych miejsc nadających się do życia, pchani ciekawością świata lub zmuszani do tego panującymi warunkami. Zjawisko to można zaobserwować także w Europie i Polsce w ciągu stuleci. Przez długi czas swojej historii Polska przyjmowała imigrantów z całej Europy, a od wieku XIX sami Polacy zaczęli migrować. W czasach PRL poza krótkimi okresami emigracja znacznie osłabła. Obalenie komunizmu, likwidacja barier administracyjnych, transformacja ustrojowa i zwiększona swoboda podróżowania sprawiły, że pojawiły się przed Polakami nowe szanse poszukiwania możliwości rozwoju zawodowego czy po prostu zmiany kraju zamieszkania.

Przekrój zawodowy osób migrujących obejmował także przedstawicieli personelu medycznego. Migrowali oni i wcześniej, choć nasilenie procesu migracyjnego nastąpiło po przyjęciu Polski do Unii Europejskiej w roku 2004 [1, 2]. Sposób gromadzenia danych dotyczących

migracji nie daje pełnych odpowiedzi na temat skali migracji. Dostępne dane pokazują, że nie jest to zjawisko na tyle silne, by obecnie grozić funkcjonowaniu systemu w Polsce, choć jest ono z pewnością widoczne. Może ono stanowić pewne zagrożenie w przypadku krajów mniej-szych. Migracja, wraz ze zmianami demograficznymi, jakie zachodzą w populacji profesjonalistów medycznych, może w przyszłości oddziaływać na możliwości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Niektórzy autorzy uważali do niedawna, że polski system edukacyjny „produkuje” więcej profesjonalistów zdrowotnych, niż jest w stanie wchłonąć polski rynek pracy [3]. Tezę tę warto jednak odnieść do liczby tych profesjonalistów i porównać z innymi krajami. Stwierdzimy wówczas, że wskaźnik liczby personelu medycznego *per capita* był i jest w Polsce niższy niż średnia europejska [4].

Niniejszy artykuł odnosi się do kwestii migracji personelu medycznego z/do Polski, jaką zaobserwowano w ostatnich latach. Przedstawia też, jakie są/mogą być skutki migracji dla funkcjonowania systemu ochrony

zdrowia w Polsce. Pokazuje także zarys tego zjawiska w innych krajach europejskich.

1. Uwagi metodologiczne

Zjawisko migracji personelu medycznego w Polsce nie jest szczegółowo rozpoznane, choć jego skala była/ jest widoczna. Wynika to ze sposobu gromadzenia danych oraz prowadzenia sprawozdawczości (dane na temat migracji nie są regularnie gromadzone i przetwarzane), co potwierdzają i inni autorzy zajmujący się tą tematyką [5]. Powodem problemów z danymi jest także coraz większe urynkowienie ochrony zdrowia. Na przykład ci lekarze, którzy są zatrudniani przez zakłady opieki zdrowotnej na podstawie umów kontraktowych, nie podlegają ewidencji statystycznej w taki sposób, jak personel etatowy, a ich zatrudnienie jest klasyfikowane jako „usługi obce” dla zakładu, co ma wpływ na wspomnianą statystykę. To samo, choć w mniejszym stopniu, dotyczy pielęgniarek i innych zawodów. Można więc stwierdzić, że rzeczywisty (dokładny) stan liczby personelu w ochronie zdrowia, a także tych, którzy faktycznie migrują, wymyka się sprawozdawczości. Stąd też dane dotyczące migracji muszą być oparte głównie na tych uzyskanych w samorządach zawodowych, które swoim członkom pragnącym podjąć pracę za granicą wydają certyfikaty potwierdzające kwalifikacje nabyte przez te osoby, uprawniające do pracy za granicą. To też sprawia, że dane dostępne w Polsce dotyczące migracji są w zasadzie ograniczone do dwóch zawodów: lekarzy (medycyny i stomatologii) oraz pielęgniarek i położnych. Natomiast dane uzyskane ze źródeł innych niż samorządy zawodowe wskazują na nieco inną skalę omawianego zjawiska.

Niniejszy artykuł powstał na podstawie badań prowadzonych w trakcie projektu Health PROMeTHEUS (*Health PROfessional Mobility in THE European Union Study*). Ten trzyletni projekt sfinansowany przez Komisję Europejską w ramach Seventh Framework (Grant agreement number 223383) rozpoczął się w 2009 r. Badania przeprowadzone w czasie trwania ww. projektu zostały uzupełnione nowszymi danymi. Dane zostały pozyskane od izb lekarskiej i pielęgniarstwa, przeprowadzono także przegląd istniejącej literatury oraz materiału znajdującego się w bazach danych wyszukiwarek w Internecie – Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) czy Ministerstwa Zdrowia.

2. Skala i charakter zjawiska

Największy wpływ na migrację personelu medycznego w Polsce w ubiegłych latach miało bez wątpienia wspomniane wejście Polski do Unii Europejskiej. Dało ono bowiem możliwość obywatelom Polski skorzystania z przysługujących im praw wspólnotowych (swobodny przepływ osób/kapitału). W związku z tym, że w UE kwalifikacje zawodowe personelu medycznego są automatycznie uznawane przez kraje członkowskie, zniknęła

podstawowa bariera w podejmowaniu pracy w innym kraju Unii – to jest konieczność zdawania egzaminów potwierdzających te kwalifikacje w języku kraju docelowego (lub minimum – w języku angielskim).

Zachodzące zjawiska o wymiarze politycznym (wejście Polski do UE) sprawiły, że emigracja stała się możliwa. Natomiast zjawiska o charakterze gospodarczym, tj. różnice między zarobkami personelu medycznego w Polsce (i innych krajów „nowej” Unii) a zarobkami w innych krajach „starej” Unii, były na tyle silne, by stać się impulsem do migracji (czynnik motywujący do wyjazdu).

Pewnym wskaźnikiem, za którego pomocą można określić zakres zainteresowania migracją, jest liczba zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych wydanych przez stowarzyszenia profesjonalne (izby lekarskie/pielęgniarskie). W **Tabeli I** przedstawiono, jak kształtowała się liczba tych zaświadczeń wydana lekarzom i denty stomom w latach 2005–2008.

Choć w kolejnych latach wskaźnik ten wzrastał, dynamika jego wzrostu spadła. I tak, do października 2010 r. wydano zaświadczenia dla 6,71% lekarzy [15], natomiast 2,59% lekarzy denty stomów [16] – co stoi w sprzeczności z danymi podanymi przez to samo źródło dla wcześniejszego okresu.

Informacje na temat zaświadczeń w wybranych specjalizacjach lekarskich (lekarzy medycyny) przedstawiono w **Tabeli II** – podano po 10 specjalności o najwyższym i najniższym odsetku wydanych zaświadczeń.

Dane przedstawione w Tabeli II pokazują, jak zróżnicowane są starania o uzyskanie certyfikatu poświadczającego kwalifikacje w zależności od specjalności lekarskiej. Największy odsetek (a także największa wartość nominalna) lekarzy występujących o ww. zaświadczenie zanotowano wśród anestezjologów, a następnie torakochirurgów oraz chirurgów plastycznych.

Uogólniając powyższe dane, można stwierdzić, że w najwyższym stopniu zainteresowanie migracją wyrażają lekarze diagnostyki, następnie lekarze specjalności zabiegowych, natomiast najmniejsze zainteresowanie występuje wśród lekarzy medycyny zachowawczej.

Zaświadczenia te stanowią tylko pewien próbiez mówiący o możliwej emigracji i nie są równoznaczne z faktycznym wyjazdem. Co może dziwić, wyjazdy lekarskie następują także bez uzyskania ww. zaświadczenia. Przewodniczący Związku Zawodowego Anestezjologów ocenił, że do roku 2007 około 150 anestezjologów wyjechało z Polski bez takich zaświadczeń [17].

Wyjazd bez zaświadczenia może dotyczyć pielęgniarstwa, o ile będą chciały podjąć za granicą pracę, w której zaświadczenie takie nie jest wymagane (por. poniżej). Dane dotyczące pobranych certyfikatów przez personel pielęgniarstwa przedstawiono w **Tabeli III**. Obejmują one krótszy okres niż w przypadku lekarzy, co jest związane z jakością narzędzi informatycznych, za których pomocą są one gromadzone.

Zainteresowanie uzyskaniem omawianego certyfikatu w analizowanym okresie wśród pielęgniarek okazało się znacznie mniejsze niż wśród lekarzy. Dane pokazane w Tabeli III sugerują, że omawiany wskaźnik nie przekroczył 2% w połowie 2006 r. Można przyjąć, że część

Zakres danych z dnia	30.06.2005	30.06.2006	30.06.2007	31.12.2007	31.12.2008
Liczba lekarzy medycyny aktywnych zawodowo w kraju	116 847	118 475	116 160	117 240	116 492
Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych	3579	5114	6237	6724	7138
% liczby zaświadczeń do liczby lekarzy	3%	4,32%	5,28%	6,1%	6,1%
Liczba dentystów aktywnych zawodowo w kraju	30 283	31 089	30 405	30 605	30 873
Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych	1108	1581	1853	1924	2069
% liczby zaświadczeń do liczby lekarzy	3,6 %	5,1 %	6,1%	6,8%	6,7%

Tabela I. Liczba lekarzy medycyny i dentystów aktywnych zawodowo oraz wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych 2005–2008.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006, Warszawa 2006; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007, Warszawa 2007; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007, Warszawa 2007; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2008, Warszawa 2008; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008, Warszawa 2008; GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009, Warszawa 2009; GUS, Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2009, Warszawa 2009; Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.

Specjalizacja	Liczba lekarzy medycyny aktywnych zawodowo	Liczba wydanych zaświadczeń	% wydanych zaświadczeń do liczby lekarzy medycyny
Farmakologia kliniczna	74	0	0
Immunologia kliniczna	34	0	0
Medycyna rodzinna	9150	62	0,68
Zdrowie publiczne	1400	14	1
Chirurgia stomatologiczna	729	8	1,1
Medycyna pracy	1578	18	1,14
Diagnostyka laboratoryjna	173	3	1,73
Reumatologia	1503	36	2,4
Nefrologia	599	15	2,5
Choroby płuc	2413	64	2,65
Hematologia	254	24	9,45
Chirurgia szczękowo-twarzowa	90	9	10
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	2473	248	10,03
Chirurgia naczyniowa	282	29	10,28
Radiologia i diagnostyka obrazowa	2136	233	10,91
Patomorfologia	497	59	11,87
Medycyna ratunkowa	538	71	13,2
Chirurgia plastyczna	160	25	15,63
Chirurgia klatki piersiowej	222	36	16,22
Anestezjologia i intensywna terapia	4219	797	18,89

Tabela II. Wydane zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych na koniec roku 2008 według specjalności medycznych.

Źródło: Na podstawie: Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.

pielęgniarek mogła wyemigrować bez certyfikatu, podejmując pracę pokrewną – np. opiekę nad osobą starszą/niepełnosprawną, w której taki dokument nie musiał być wymagany.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podaje, że od 1.05.2004 do 31.12.2009 r. wydano pielęgniarkom 11 590 zaświadczeń (6,33% pielęgniarek zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia), a położnym 1078 za-

Zakres danych	Za okres od 1.05.2004 do 30.06.2005	Za okres od 1.05.2004 do 30.06.2006
Liczba pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu	299 054	308 620
Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych	3204	5912
% liczby zaświadczeń do liczby pielęgniarek i położnych	1,1 %	1,9 %

Tabela III. Liczba pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu oraz wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych 2004–2006.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: GUS, Mały Rocznik Statystyczny Polski 2006, Warszawa 2006; Ministerstwo Zdrowia, Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006r.), s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

Kraj	Pielęgniarki	Lekarze	Stomatolodzy	Farmaceuci	ŁĄCZNIE
Austria	841	245	80	57	1223
Dania	93	105	6	9	213
Finlandia	5	20			25
Francja	24	134	14		172
Grecja	133	19			152
Hiszpania	27	24			51
Irlandia	6	3			9
Luksemburg	3	4	1		8
Portugalia		3			3
Szwecja	475	678			1153
Węgry	13	11	13	4	41
Wielka Brytania	263	282	42	31	618
ŁĄCZNIE	1883	1528	70	35	3516

Tabela IV. Liczba pochodzących z Polski pracowników medycznych w krajach UE około roku 2000.

Źródło: Obliczenia własne na podstawie: Dumont J.-C., Zurn P., Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, w: International Migration Outlook, Paris 2007: 210–211.

świadczeń (4,94% zatrudnionych położnych) [19]. Późniejsze dane wskazują, że w roku 2010 wydano łącznie 806 nowych certyfikatów [20]; dynamika ich wydawania spadła w porównaniu z latami 2006–2009, ale była wyższa niż w okresie podanym w Tabeli III.

Nie sposób jednoznacznie określić, na ile starania o uzyskanie dokumentu poświadczającego posiadanie kwalifikacji zawodowych przełożyło się na rzeczywistą emigrację, w tym trwałą emigrację. Badania przeprowadzone wśród personelu medycznego wskazują, że wołę wyjazdu deklarowało przed akcesją 35,2% profesjonalistów zdrowotnych, jednak tylko 10,4% twierdziło, że zamiary te są definitywne [21]. W trakcie badań prowadzonych w trakcie projektu PROMeTHEUS stwierdzono, że faktycznie część wyjazdów nie ma trwałego charakteru.

Jednocześnie źródła inne niż krajowe pokazują liczby dotyczące pracy podjętej przez pracowników z Polski,

które różnią się znacząco od danych dotyczących liczby wydanych zaświadczeń.

Oceniano, że około roku 2000 w krajach Unii pracowało ponad 3,5 tysiąca pracowników ochrony zdrowia pochodzących z Polski [22]. Jest to więc skutek wcześniejszych wyjazdów – z lat 80. i 90. XX wieku. Kraj, w którym pracowali oraz podział na specjalności, pokazano w Tabeli IV.

M.A. García-Pérez et al. oceniali, że około roku 2000 liczba polskich lekarzy zarejestrowanych w innych krajach europejskich wynosiła 3130 osób [23], szacunki te znacznie odbiegają od tych podanych powyżej.

Liczbę polskich lekarzy, którzy zostali po raz pierwszy zarejestrowani w krajach UE15 w latach 2000–2007, pokazano w Tabeli V.

Mimo że dane nie obejmują całej Unii (uwaga pod tabelą), widać wyraźnie, że początkowo w analizowanym

Rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Liczba nowych rejestracji	23	27	70	214	461	862	1167	471

Tabela V. Polscy lekarze zarejestrowani po raz pierwszy w krajach UE15 w latach 2000–2007.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Leśniowska J., Migration patterns of Polish doctors within the EU, „Eurohealth” 2007; 13 (4): 7–8, bez danych z Austrii, Grecji, częściowo z Niemiec, Szwecji i Hiszpanii.

okresie liczba lekarzy, którzy podjęli pracę w krajach UE15, była stosunkowo niewielka. W roku 2003 nastąpił gwałtowny wręcz wzrost liczby lekarzy rejestrujących się za granicą. Wzrost ten utrzymywał się do roku 2006. Natomiast dane za rok 2007 wskazują na spadek zainteresowania wyjazdami. Fakt, że podane źródło ukazało się właśnie w roku 2007, może także sugerować, że dane za ten rok nie są pełne. Warto powtórzyć, że powyższe dane są fragmentaryczne – nie dotyczą wszystkich wymienionych krajów (regionów tych krajów). Liczba lekarzy w całej Unii powinna być w rzeczywistości wyższa, gdyż brak jest części danych z tak popularnych wśród wyjeżdżających krajów, jak Niemcy i Szwecja (por. poniżej). Przywoływane dane nie obejmują także Norwegii, która podobnie jak Szwecja, Dania czy Wielka Brytania prowadziła aktywną politykę migracyjną dotyczącą profesjonalistów zdrowotnych [5].

Największą popularnością cieszyły się wyjazdy do Wielkiej Brytanii. W dalszej kolejności były to Niemcy oraz kraje skandynawskie (Szwecja, Dania). Te ostatnie przede wszystkim ze względu na wspomnianą prowadzoną przez te kraje politykę migracyjną. Aby zilustrować skalę wyjazdów do tych dwóch krajów, warto zauważyć, że emigracja do tak dużego kraju, jak Francja (kilkakrotnie większa, jeżeli chodzi o liczbę ludności w porównaniu z ww. krajami skandynawskimi), była zbliżona do tej, która miała miejsce w znacznie mniejszej Holandii. (I to mimo że język francuski jest znacznie popularniejszy w Polsce niż holenderski.) Powyższe zjawiska zostały zilustrowane w Tabeli VI. Dane w tej tabeli pokazują również, jak bardzo wejście Polski do Unii Europejskiej wpłynęło na skalę migracji.

P. Kaczmarczyk wskazywał także na to, że nawet po wejściu Polski do UE wyjazdy nie mają masowego charakteru. Dane, którymi dysponował, pochodziły jednak z lat 2004–2006. Jednocześnie przywoływany autor obawiał się, że emigracja profesjonalistów medycznych może przybrać na sile [3].

Odsetek obcokrajowców pracujących w Polsce należy określić jako znikomy. Ocenia się, że około roku 2000 było to (według różnych źródeł) około 3% lekarzy i poniżej 1% pielęgniarek [21, 25]. Zestawienie dotyczące tych wielkości przedstawiono w Tabeli VII.

Doświadczenia autora w pracy z zakładami opieki zdrowotnej wskazują, że podane powyżej wartości są zawyżone, i to znacznie. W izbach nie udało się uzyskać jednoznacznych danych na ten temat. Izba pielęgniarska w ogóle nie dysponowała takimi danymi, izba lekarska podawała natomiast różne liczby od 775 do 3044 (dane za rok 2009). Z kolei dane przedstawione przez WHO/

Kraj/okres	2000–2003	2004–2007	ŁĄCZNIE
Dania	8	139	147
Francja	6	91	97
Holandia	28	75	103
Irlandia	8	185	193
Niemcy	244	364	608
Szwecja	b.d.	417	417
Wielka Brytania	53	1633	1686
Inne kraje	9	57	66
ŁĄCZNIE	356	2961	3317

Tabela VI. Migracje polskich lekarzy do wybranych krajów UE w latach 2000–2007.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Leśniowska J., Migration patterns of Polish doctors within the EU, „Eurohealth” 2007; 13 (4): 7–8.

	ŁĄCZNIE	Urodzeni za granicą	Odsetek
Pielęgniarki	243 225	1074	0,4
Profesjonaliści medyczni (poza pielęgniarkami)	163 791	4389	2,7
Lekarze	99 687	3144	3,2
ŁĄCZNIE	506 703	8607	1,7

Tabela VII. Osoby wykonujące zawody medyczne w podziale na zawody i miejsce urodzenia w Polsce około roku 2000.
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Dumont J.-C., Zurn P., Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, w: International Migration Outlook, Paris 2007: 210–211.

OECD mówią o tym, że w roku 2008 liczba lekarzy urodzonych lub wykształconych za granicą wynosiła w Polsce poniżej 1% [26], co potwierdza tezę autora.

3. Wpływ migracji na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia

Wspomniana migracja nie pozostaje bez wpływu na stan kadr zakładów opieki zdrowotnej w Polsce, a przez to możliwość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

W Polsce liczba personelu na 1000 mieszkańców jest niższa lub znacznie niższa niż średnia dla europejskich krajów OECD. Zjawisko to ilustruje **Tabela VIII**. Pokazano w niej też, jaką wielkość miały omawiane wskaźniki w Wielkiej Brytanii, która jest najczęstszym kierunkiem migracji.

Dane przedstawione w Tabeli VIII wskazują, że migracja następowała z Polski, mimo że liczba personelu medycznego w Polsce jest niższa, a nawet znacznie niższa niż średnia dla europejskich krajów OECD (z wyjątkiem położnych). W przypadku Polski można więc mówić o braku kadry, a nie o jej nadmiarze. Dane zebrane przez Ministerstwo Zdrowia wskazują na braki praktycznie w każdej z badanych grup zawodowych już w roku 2006. Poniżej w **Tabeli IX** zestawiono liczbę wolnych etatów w ochronie zdrowia oraz rejestrowane bezrobocie w omawianych grupach zawodowych [18].

Interpretując dane przedstawione w Tabeli IX, można przyjąć, że w omawianym okresie bezrobocie wśród lekarzy (medycyny) praktycznie nie istniało. Na jednego bezrobotnego lekarza przypadało bowiem ponad 10 wakatów. Osobom, które zostały zarejestrowane jako bezrobotne, mogło zależeć na posiadaniu takiego statusu (zachowanie uprawnień), bądź znajdowały się one w trakcie zmiany pracy. W przypadku lekarzy dentyistów liczba

wakatów i bezrobotnych jest zbliżona. Podobnie, choć nieco mniej korzystnie, przedstawia się ten wskaźnik dla pielęgniarek, co dziwi przy tak dużym zapotrzebowaniu na ich pracę i niskim wskaźniku pielęgniarek *per capita*. Relatywnie duża liczba bezrobotnych położnych może wskazywać na to, że zgodnie z szacunkami prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych około 100 000 jej członkiń nie jest czynnych zawodowo [17]. Wpływ na to może mieć także spadająca liczba urodzeń w Polsce. Dodatkowo, jak widać w Tabeli VIII, liczba położnych *per capita* jest w Polsce wyższa niż średnia dla europejskich krajów OECD.

Należy także odnotować bardzo silne zróżnicowanie liczby wakatów w poszczególnych województwach. Choć dane dotyczą tylko szpitali i pochodzą z roku 2007, widać skalę zapotrzebowania na personel medyczny, co przedstawiono w **Tabeli X**.

Nawet bez dokonywania przeliczenia powyższych wartości na wskaźniki populacyjne widać, że wzmiankowane zjawisko ma charakter zróżnicowany geograficznie. Dotyczy ono także różnych specjalności medycznych. Największe liczby wolnych etatów zgłoszono dla specjalistów w dziedzinach podanych w **Tabeli XI**. Dla lepszego zilustrowania skali zjawiska i jego wpływu na funkcjonowanie systemu w tabeli uwzględniono także zaświadczenia o kwalifikacjach, jakie zostały wydane przez izby lekarskie do końca roku 2008.

Dane te wskazują, że braki dotyczą przede wszystkim tych specjalności, w których odsetek lekarzy występujących o wydanie zaświadczenia o kwalifikacjach był relatywnie wysoki. Wyrywkowość danych sprawia, że niemożliwe są precyzyjne wyliczenia statystyczne, za pomocą których można by starać się określić przypuszczalny wskaźnik migracji lekarzy poszczególnych specjalności. Bez względu na powyższe, widać jednak, że emigracja lekarzy (a w każdym razie liczba lekarzy rozważających migrację) przyczynia się do braków kadry medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia. Choć nie udało się zebrać danych dotyczących takich grup zawodowych, jak rehabilitanci czy fizjoterapeuci, to brak i tych specjalności zaczyna być odczuwalny na rynku [17].

	Średnia	Polska	Różnica	Wielka Brytania
Pielęgniarki	9,81	5,21	-47%	8,41
Położne	0,37	0,59	59%	0,51
Dentyści	0,68	0,34	-50%	0,54
Lekarze	3,32	2,19	-34%	2,82

Tabela VIII. Liczba wybranych profesjonalistów zdrowotnych *per capita* w Polsce i europejskich krajach OECD i w Wielkiej Brytanii, rok 2012 lub wcześniej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: OECD, OECD. StatExtracts, <http://stats.oecd.org/>, dostęp: 11.11.2013.

Grupa zawodowa	Liczba wakujących etatów	Rejestrowane bezrobocie w grupach zawodowych	Liczba wakatów w stosunku do liczby bezrobotnych
Lekarze	4113	389	10,57
Dentyści	86	103	0,83
Pielęgniarki	3229	4236	0,76
Położne	312	690	0,45
RAZEM	7740	5148	1,43

Tabela IX. Liczba wolnych etatów w ochronie zdrowia oraz rejestrowane bezrobocie.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Ministerstwo Zdrowia, Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006r.), s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

Województwo	Liczba wakatów	
	Lekarze	Pielęgniarki
Dolnośląskie	217	186
Kujawsko-Pomorskie	380	488
Lubelskie	500	389
Lubuskie	47	9
Łódzkie	247	211
Małopolskie	50	51
Mazowieckie	892	168
Opolskie	60	126
Podkarpackie	175	132
Podlaskie	193	119
Pomorskie	162	263
Śląskie	279	319
Świętokrzyskie	177	194
Warmińsko-Mazurskie	273	133
Wielkopolskie	196	216
Zachodniopomorskie	260	224
RAZEM	1374	1468

Tabela X. Liczba wakatów w szpitalach publicznych (etaty) według województw.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Sikora D., Szpitalom brakuje młodych lekarzy i specjalistów, „Gazeta Prawna” 2007; 13(1883).

Specjalność medyczna	Wolne etaty (2008)	Odsetek lekarzy, którym wydano zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych; stan na 31.12.2008
Anestezjologii i intensywnej terapii	398	18,89
Chorób wewnętrznych	312	5,07
Medycyny ratunkowej	306	13,20
Pediatrici	230	3,47
Chirurgii ogólnej	206	8,62
Psychiatrii	170	5,40
Ortopedii i traumatologii narządu ruchu	125	10,03
Położnictwa i ginekologii	110	6,28

Tabela XI. Wolne etaty lekarskie a odsetek wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kaczmarczyk P., *Highly skilled migration from Poland and other CEE countries – myths and reality*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, 2006: 17–18, 24; Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008; Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006 r.)*, s. 5, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, dostęp: 18.04.2009.

Wskazana powyżej skala prawdopodobnej migracji wpływa i wpływać będzie na możliwość świadczenia usług w Polsce. Tym bardziej że według L. Kudlickiego zwykle migrują lekarze w rozkwicie kariery (w wieku 36–49 lat) lub osoby młode, bez specjalizacji [27]. Na braki dotyczące młodszych lekarzy wskazuje także D. Sikora [17]. Może to oznaczać, że w najbliższych latach (wraz z odchodzeniem na emeryturę starszych roczników) brak lekarzy stanie się bardziej odczuwalny. W związku z ograniczeniami budżetu publicznego płatnika (co jest zjawiskiem uniwersalnym) istnieje w Polsce problem kolejek w usługach medycznych. Kolejki te są stałym elementem publicznego systemu, jednak znamienne jest to, że od pewnego czasu zjawisko to zaczyna także dotyczyć sektora prywatnego. Osoby posiadające prywatne ubezpieczenia lub też abonamenty na usługi medyczne (rodzaj bonusu oferowanego przez pracodawców) także zaczynają mieć kłopoty z dostępem do usług [28]. Zjawisko do niedawna nieznane w polskim systemie ochrony zdrowia – kolejka do lekarza, którego usługi są opłacane z prywatnych środków – zaczyna być coraz bardziej powszechne. Jest to skutek kilku zjawisk: rosnącej zamożności społeczeństwa (coraz więcej osób stać na tego typu usługi), emigracji lekarzy (limitowana siła robocza) i polityki firm medycznych, które nie zatrudniają (nie chcą, nie mogą) dodatkowych lekarzy.

Problemy z pozyskaniem specjalistów zaczynają dotyczyć nawet dużych aglomeracji, mają go jednak przede wszystkim zakłady opieki zdrowotnej w mniejszych miejscowościach, na terenach wiejskich. Wynikiem tego jest konieczność wypłacania wysokich wynagrodzeń lekarzom w tych województwach, które wcale nie są zamożne, lecz występują w nich spore braki kadrowe, na co zwraca uwagę I. Hajnosz, omawiając raport Ministerstwa Zdrowia dotyczący zarobków lekarzy w latach 2011–2012 [29].

W tej chwili i przy braku najnowszych danych trudno jest określić wpływ, jaki migracja ma/będzie mieć na zdrowie populacji. W związku z zahamowaniem tendencji migracyjnej lekarzy można zakładać, że ten wpływ nie będzie rósł, z kolei, jak wspomniano, przekrój demograficzny lekarzy emigrantów może budzić niepokój. O pewnych problemach można mówić już obecnie na terenach wiejskich czy w mniejszych miejscowościach, choć zjawisko to występowało tam także przed akcesją Polski do UE i dotyczy nie tylko naszego kraju. Z pewnością duży wpływ na funkcjonowanie systemu będzie miało zainteresowanie emigracją ze strony pielęgniarek.

4. Przyczyny migracji

M. Wismar et al. wskazują na to, że migranci mogą być motywowani do wyjazdu chęcią zdobycia nowych umiejętności, powodami rodzinnymi lub ciekawością. Ponadto rozszerzenie UE zwiększyło gospodarczą różnorodność krajów członkowskich. Większe zróżnicowanie płac, większe różnice w infrastrukturze i wykorzystaniu oraz dostępności nowoczesnych technologii medycznych wpływają na dalsze motywowanie do zawodowej mobilności [30].

Choć wśród przyczyn wyjazdów polskich profesjonalistów również wymienia się ograniczone możliwości rozwoju zawodowego czy gorsze warunki pracy [17], to jednak zasadniczym powodem wyjazdów były niskie zarobki. Najlepszym tego dowodem jest zatrzymanie (spowolnienie) migracji w momencie, kiedy zarobki zaczęły gwałtownie rosnąć, tj. około roku 2007 (por. poniżej). Zebrane dane wskazują, że w tym okresie znacząco spadła liczba lekarzy rozpoczynających pracę w krajach Unii. Żaden inny czynnik, który mógłby motywować do wyjazdu, nie uległ wówczas zmianie. Na finanse wskazują zresztą sami lekarze – blisko 90% lekarzy podaje kwestię zarobkowe jako główną przyczynę wyjazdów [31].

Do niedawna różnice między zarobkami lekarzy w Polsce i w krajach docelowych migracji były znaczne [32]. Jednak uległy one zmniejszeniu. Na **Wykresie 1** zaprezentowano najniższe i najwyższe średnie miesięczne wynagrodzenie personelu medycznego w szpitalach za pracę na etacie. Zarobki te mogą być relatywnie wysokie – nawet w porównaniu z tymi, jakie są uzyskiwane przez profesjonalistów medycznych w innych krajach. Pokazuje to rzeczywisty powód spadku zainteresowania migracją – szczególnie lekarzy. Wysokie zarobki tej grupy zawodowej potwierdza przywoływany powyżej raport Ministerstwa Zdrowia z lat 2011–2012 [29].

5. Tło międzynarodowe

Unia Europejska wspiera wolny przepływ pracowników między krajami członkowskimi, choćby przez wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych. Mimo to przepływy te napotykają bariery, np. językowe czy kulturowe [34]. Widać to w przypadku Polski. Język polski,

uznawany za jeden z trudniejszych, czy relatywnie niskie wynagrodzenia (jeszcze przed kilkoma laty) sprawiają, że Polska nie staje się krajem docelowym migracji, choć zapewne może budzić zainteresowanie profesjonalistów medycznych ze słowiańskich krajów Europy Wschodniej, dla których bariera językowa nie będzie aż tak duża.

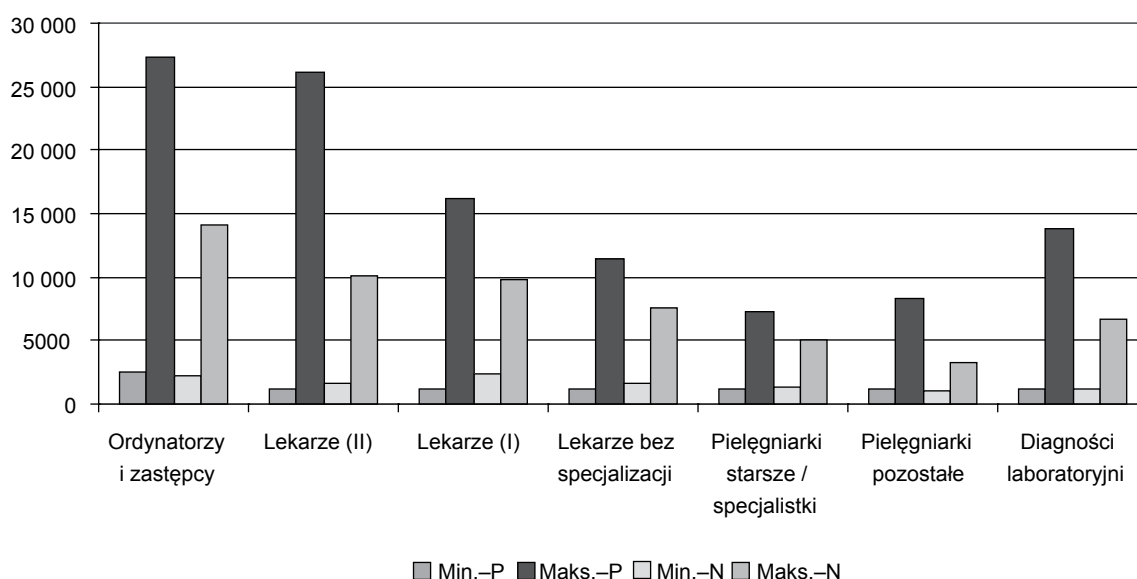
W przypadku Polski nie ma także polityki dotyczącej migracji – ani do, ani z kraju. Czego nie można powiedzieć np. o Wielkiej Brytanii czy krajach skandynawskich [5, 32].

Rozszerzanie Unii, polityka dotycząca swobody przepływu osób oraz różnice w poziomie zamożności sprawiają, że migracja objęła wiele krajów. Są wśród nich takie, które przede wszystkim przyjmują migrantów, oraz takie, które „eksportują” siłę roboczą, co dotyczy także profesjonalistów medycznych.

Z podanych powyżej powodów migracja odbywa się przede wszystkim w kierunkach wschód – zachód, południe – północ. Krajami, które przyjmują najwięcej migrantów, są Wielka Brytania, Niemcy, kraje skandynawskie. Natomiast kraje Europy Środkowo-Wschodniej i Południowej są tymi, z których najczęściej pochodzą migranci. Im większy rozrzew między zarobkami między krajami, tym większa skłonność do emigracji, czego przykładem może być Rumunia [34].

Bywają też kraje, które są jednocześnie „eksporterami” i „importerami” siły roboczej, czego przykładem mogą być Niemcy. Przez pewien czas w związku z dużą liczbą absolwentów medycznych w tym kraju występowała emigracja do Wielkiej Brytanii, równocześnie kraj ten przyjmował imigrantów z innych krajów [30, 34].

Zjawisko migracji może nieść niekorzystne skutki dla tych krajów, z których pochodzą migranci – uszczuplając



Wykres 1. Najniższe (min.) i najwyższe (maks.) roczne zarobki personelu medycznego w sektorze publicznym (P) i niepublicznym (N) w Polsce (styczeń 2008) [PLN].

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Kalinowski P., Wyszarpnięte pensje, „Medical Tribune” 2008; 3: 4.

zasoby ludzkie systemu ochrony zdrowia. O ile w przypadku Polski emigracja – choć odczuwalna – nie stanowi obecnie istotnego zagrożenia, to w mniejszych krajach (jak np. kraje bałtyckie czy Słowenia) już kilkuset migrujących lekarzy będzie stanowić istotny odsetek ich całkowitej liczby, a przez to silnie wpływać na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia [30].

Poleganie na obcej sile roboczej w danym kraju też nie jest jednoznacznie pozytywnym zjawiskiem. Może bowiem oznaczać uzależnienie się od osób, które mogą chcieć wrócić do kraju pochodzenia, jeżeli sytuacja w kraju osiedlenia (bądź ich własnym) ulegnie istotnej zmianie.

W Europie do krajów o najwyższym wskaźniku profesjonalistów medycznych z zagranicy należą Irlandia, w której medycy wykształceni w tym kraju stanowili zaledwie 64% wszystkich lekarzy [5], czy Wielka Brytania, gdzie ponad jedna czwarta ww. osób została wykształcona za granicą. Poza Europą zbliżone wskaźniki notuje się w krajach „zbudowanych” na emigrantach, czyli Stanach Zjednoczonych, Kanadzie czy Australii [35].

Dyskusja i wnioski

Z Polski już przed przystąpieniem do UE personel medyczny emigrował do innych krajów. Zjawisko to w sposób znaczący nasiliło się, gdy Polska stała się krajem członkowskim. Można to tłumaczyć zniknięciem barier utrudniających podjęcie pracy za granicą oraz atrakcyjnością zarobków w krajach docelowych. Emigracja w największej skali dotyczy(ła) lekarzy. Wśród pielęgniarek jej skala była znacznie ograniczona. Może to być rezultat tego, że w Polsce zawód ten nie ma takiej samodzielności, jak w innych krajach (starej) Unii. Pielęgniarki mogły się więc obawiać, czy poradzą sobie ze zwiększoną odpowiedzialnością w kraju nowego osiedlenia. Nowsze dane wskazują przy tym, że zainteresowanie emigracją wśród pielęgniarek wzrosło. Jednym z powodów, że w publicznej statystyce migracja pielęgniarek nie jest dobrze widoczna, może być to, że pielęgniarki emigrując, podejmują pracę jako opiekunki (np. w domach opieki długoterminowej) i nie wymaga się od nich przedstawienia zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych.

Kierunki migracji z Polski są zgodne z tymi, jakie wybierali przedstawiciele krajów o porównywalnym z Polską stopniu zamożności. Osoby wyjeżdżające kierowały się przede wszystkim do Wielkiej Brytanii i Irlandii, Niemiec i krajów skandynawskich. Warto odnotować, że w dwóch pierwszych krajach liczba personelu medycznego *per capita* jest niższa od średniej dla europejskich krajów OECD, natomiast w pozostałych – wyższa, i to znacząco [4]. Wpływ na migrację mogą mieć różnice w systemach ochrony zdrowia/kulturach poszczególnych krajów. Liczba pielęgniarek oraz personelu pielęgnacyjnego (*caring personnel*) *per capita* jest w Polsce prawie czterokrotnie mniejsza niż w Norwegii [4]. Mimo to właśnie Norwegia, a nie Polska, jest krajem docelowym migracji. W przypadku Polski zapotrzebowanie na pracę pielęgniarstwa może być maskowane przez opiekę, jaką otaczane są osoby starsze przez członków ich rodzin.

W przypadku Norwegii kultura/system „napędza” zapotrzebowanie na tego typu usługi.

Wśród lekarzy specjalistami, którzy najczęściej występowali o zaświadczenie potwierdzające ich kwalifikacje zawodowe, byli anestezjolodzy. Przedstawiciele innych specjalności lekarskich, którzy występowali o takie zaświadczenie, to przede wszystkim diagnosty oraz lekarze zabiegowcy. Wytłumaczenie jest następujące: są to osoby, które mają ograniczony kontakt z pacjentem, więc np. znajomość języka kraju docelowego nie jest wymagana aż w takim stopniu, jak w przypadku lekarzy specjalności niezabiegowych (nie mówiąc np. o psychiatrach).

Opisywane zjawiska były zapewne jednym z powodów pojawienia się dużej liczby wakatów w sektorze opieki zdrowotnej w Polsce. Wakaty te dotyczyły przede wszystkim stanowisk anestezjologów i internistów (w tym drugim przypadku należy brać pod uwagę, że jest to liczniejsza grupa zawodowa). Odczuwalny jest brak lekarzy w województwach biedniejszych i na terenach wiejskich.

Migracja lekarzy w istotnym stopniu osłabła w ostatnich latach. Atrakcyjność pracy za granicą zmalała, do czego przyczyniają się zwiększający się poziom zarobków w Polsce oraz różnice kursów walut (np. obniżenie wartości funta/euro do złotych). Wzrost zarobków wynikał z podejmowanych przez środowisko lekarskie akcji protestacyjnych oraz wzrostu środków w systemie ochrony zdrowia. Natomiast, jak wspomniano, w analizowanym okresie wzrosło zainteresowanie migracją wśród pielęgniarek.

Migracja w przypadku Polski oznacza przede wszystkim emigrację. Liczbę osób z zagranicy podejmujących pracę w Polsce należy ocenić jako znikomą (są to przede wszystkim absolwenci polskich uczelni medycznych pochodzący z krajów o PKB znacznie niższym niż Polska).

Powody zarówno emigracji, jak i tego, że Polska nie staje się krajem, do którego migruje personel medyczny, są przede wszystkim natury finansowej (relatywnie niskie zarobki personelu medycznego w Polsce – przynajmniej do niedawna). Prócz względów finansowych powodem braku zainteresowania Polską jako krajem docelowym są bariery językowe.

Niezadowolenie z pracy i płacy wyrażane przez personel medyczny prowadziło w Polsce w ostatnich latach do zmian w wielkości i strukturze tej siły roboczej. Manifestowało się to w latach 90. ubiegłego wieku. Bez wchodzenia w szczegóły można odnotować, że liczba lekarzy oraz pielęgniarek sukcesywnie spadała już w poprzedniej dekadzie. Trend ten utrzymał się w okresie późniejszym, a jego nasilenie jest szczególnie widoczne po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej. Część zaobserwowanego ubytku kadr należy przypisać odchodzeniu z zawodu i podejmowaniu (szczególnie przez lekarzy) pracy jako menedżerowie ochrony zdrowia, przedstawiciele handlowi firm farmaceutycznych zajmujących się badaniami klinicznymi. Za jedną z głównych przyczyn zmniejszającej się liczby pielęgniarek należy uznać wyjątkowo niskie zarobki i brak możliwości dodatkowego zarobku (co mogą robić lekarze), które przyczyniały się do zmniejszenia zainteresowania kształceniem w tym

kierunku [36], oraz osiąganie wieku emerytalnego przez pielęgniarki, które nie są i nie będą w przyszłości zastępowane przez wystarczającą liczbę absolwentów tego kierunku [19].

Należy podkreślić kilka czynników, które mogą w istotny sposób wpłynąć na możliwości funkcjonowania systemu w przyszłości i rzutować na bezpieczeństwo zdrowotne w Polsce. Dane zebrane w trakcie badań wskazują na brak polityki migracyjnej w Polsce, emigrację personelu oraz starzenie się profesjonalistów medycznych (co jest związane ze starzeniem się społeczeństwa), w tym szczególnie problemy z personelem pielęgniarskim (por. powyżej). Bezspornie konieczne są inicjatywy, które zachęciłyby już wykształcone pielęgniarki do powrotu do pracy w swoim zawodzie, zmieniłyby umocowanie pielęgniarek i innych zawodów medycznych, by przedstawiciele tych zawodów byli w stanie przejąć część obowiązków wykonywanych obecnie przez lekarzy. Spełnienie powyższych postulatów wymagałoby wręcz rewolucyjnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Należy także zastanowić się, czy możliwe jest pozyskanie zasobów ludzkich w odpowiedniej liczbie i jakości przez aktywną politykę imigracyjną, co może być łatwiejsze w przypadku lekarzy (wysokie zarobki) i dużo trudniejsze w przypadku pielęgniarek (wciąż relatywnie niskie zarobki, brak doceniania ich pracy).

Piśmiennictwo

- Hajnosz I., *Odpływ lekarzy*, „Gazeta Wyborcza” 26.02.2004.
- Leśniowska J., *Problem migracji polskiej kadry medycznej*, „Polityka Społeczna” 2005; 4: 18–22.
- Kaczmarczyk P., *Highly skilled migration from Poland and other CEE countries – myths and reality*, Centrum Stosunków Międzynarodowych, 2006: 17–18, 24.
- OECD, OECD.StatExtracts, <http://stats.oecd.org/>; dostęp: 11.11.2013.
- Makulec A., *Jak, dokąd i dlaczego migrują europejcy medycy?*, „Biuletyn Migracyjny” 2011; 29: 2–3.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2006*, Warszawa 2006.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2006*, Warszawa 2006.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2007*, Warszawa 2007.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2007*, Warszawa 2007.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2008*, Warszawa 2008.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2008*, Warszawa 2008.
- GUS, *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009*, Warszawa 2009.
- GUS, *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2009*, Warszawa 2009.
- Naczelna Izba Lekarska, dane dotyczące migracji opracowane dla autora, niepublikowane, 2008.
- Naczelna Izba Lekarska, *Liczbę zaświadczeń wydanych lekarzom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, 2010.
- Naczelna Izba Lekarska, *Liczbę zaświadczeń wydanych lekarzom dentystom ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach UE*, 2010.
- Sikora D., *Szpitalom brakuje młodych lekarzy i specjalistów*, „Gazeta Prawna” 2007; 13(1883).
- Ministerstwo Zdrowia, *Migracje polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej „MONITOROWANIE MIGRACJI POLSKICH LEKARZY, PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PO PRZYSTĄPIENIU POLSKI DO UNII EUROPEJSKIEJ” (Raport z realizacji programu w 2006 r.)*, s. 5; <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>; dostęp: 18.04.2009.
- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, *Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce do roku 2020*, Warszawa 2010: 17–19, 21–22.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w okresie od 1.01.2010 do 31.12.2010 dla poszczególnych grup*; <http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=197&a=150&b=4>; dostęp: 11.09.2011.
- OECD, *International migration outlook: SOPEMI*, Paris 2007: 165, 189, 210–211.
- Dumont J.-C., Zurn P., *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, w: OECD, *International Migration Outlook*, Paris 2007: 210–211.
- García-Pérez M.A., Amaya C., Otero Á., *Physicians' migration in Europe: an overview of the current situation*, „BMC Health Services Research” 2007; 7, 201: 6.
- Leśniowska J., *Migration patterns of Polish doctors within the EU*, „Eurohealth” 2007; 13(4): 7–8.
- Zurn P., *Health workforce and international migration: can New Zealand compete?*, OECD, 2008: 19.
- WHO/OECD, *Policy Brief: International Migration of Health Workers*, 2010: 1–8.
- Kudlicki L., *Nowa Wielka Emigracja*, „Bezpieczeństwo Narodowe” 2006; 1: 90–110.
- Pochrzest A., *Leczysz się prywatnie? To poczekaj do czwartku*, „Gazeta Stołeczna” 23.09.2008.
- Hajnosz I., *Krezusi polskiej medycyny. Ile zarabiają lekarze*, „Gazeta Wyborcza” 8.04.2013.
- Wismar M., Maier C.B., Glinos I.A., Dussault G., Figueras J. (red.), *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2011: 4, 11, 44–50.
- Zarząd Główny Związku Zawodowego Anestezjologów, *Informacja ZGZZA o emigracji anestezjologów*; http://www.zgzza.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=26&Itemid=49&limit=8&limitstart=8; dostęp: 11.10.2011.
- Maniak G., Nowak-Lewandowska R., *Wybrane aspekty emigracji zarobkowych i ich konsekwencje dla rynku pracy w Polsce po 1 maja 2004 roku*, w: Kopycińska D. (red.), *Bezrobocie we współczesnych gospodarkach rynkowych*, Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.
- Kalinowski P., *Wyszarpnięte pensje*, „Medical Tribune” 2008; 3: 4.

34. Bach S., *International migration of health workers: Labour and social issues*, International Labour Office, Geneva 2003: 5, 11.
35. Kingma M., *Migration patterns of health professionals*, „Cah. Sociol. Demogr. Med.” 2005; 45(2–3): 287–306; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16285406>; dostęp: 2.10.2013.
36. Whitfield M., Kautsch M., Hind D., *TFR Report: A preliminary analysis of hospital cost and activity data UK/Poland as a feasibility for the development of a database of hospi-*

tal information for hospital managers, School of Health and Related Research, University of Sheffield (ScHARR) 2002, Report Series No: 4, ISBN 1 900752 35 2, ScHARR.

Podziękowania

Chciałbym podziękować pani dr Katarzynie Czabanowskiej za pomoc w zbieraniu i opracowywaniu materiału badawczego.